FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 33

DES

FRACTURES

DE L'AILE DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 AVRIL 1889

PAR

Ollivier LE BOT

Né à la Forêt, près Landerneau (Finistère), le 9 juin 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BOUCHARD,	professeur,	*président.*
DEMONS,	professeur,	*juges.*
LEFOUR,	agrégé,	
POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1888-89 N° 33

DES

FRACTURES

DE L'AILE DU BASSIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 8 AVRIL 1889

PAR

Ollivier LE BOT

Né à la Forêt, près Landerneau (Finistère), le 9 juin 1864.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	BOUCHARD,	professeur,	*président.*
	DEMONS,	professeur,	*juges.*
	LEFOUR,	agrégé,	
	POUSSON,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

M. MICE..... Professeur honoraire.

Clinique médicale	MM. PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	DE FLEURY.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	ORÉ.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	MERGET.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	JOLYET.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN. RONDOT. ARTIGALAS. MOUSSOUS. DUBREUILH.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	BOURSIER. PIECHAUD. LAGRANGE. POUSSON. DENUCE.
Accouchements	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Pharmacie	MM. CARLES.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. méd. des enfants.	MM. N....	Clin. des mal. vénér.	ARNOZAN.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD	Clin. des mal. ment..	N.
Accouchements.....	LEFOUR, agr.	Chimie.....	M. CARLES, agr.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Reconnaissance sans bornes.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur AUFFRET

Médecin en chef de la Marine,

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine navale de Brest,

Officier de la Légion d'honneur.

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHARD

Professeur d'Anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, Chevalier de la Légion d'honneur

Officier de l'Instruction publique.

2 L

INTRODUCTION

Dans le cours de l'année 1888, nous avons observé trois cas de fracture de l'aileron du bassin dans les salles de clinique chirurgicale de l'hôpital maritime de Brest.

Ce n'est pas que ces lésions soient bien intéressantes ni bien nouvelles. Mais nous avons été frappé de la variété des accidents auxquels elles ont donné lieu, des traitements qu'elles ont nécessités, de leur terminaison enfin.

Nous avons donc pensé qu'il ne serait pas indifférent d'en faire le sujet d'un travail probatoire et que la chirurgie pouvait en tirer quelques enseignements, quelque profit. Aussi, quoique notre sujet ne se prête pas à de grands développements, le soin que nous avons apporté à la rédaction de ces observations nous permet d'espérer qu'il sera favorablement accueilli de nos juges.

Nous voyons d'abord un jeune homme qui fait une chute de 20 mètres environ, qui se brise la crête iliaque sur une étendue de plusieurs centimètres et qui guérit admirablement, sans complication, par une immobilisation rigoureuse. Tandis qu'à côté, nous avons un mousse, qui tombe de la hauteur d'un mètre seulement, se fait une lésion analogue, qu'on aurait pu considérer au premier abord comme insignifiante, et qui a déterminé consécutivement un phlegmon étendu de la fosse iliaque interne. Une issue fatale était inévitable, sans une intervention prompte et raisonnée.

L'autre cas est celui d'un ouvrier de l'arsenal qui, en faisant une chute de 5 mètres, se trouve atteint à la fois d'une lésion

grave de la base du crâne et d'une fracture de tout l'aileron droit du bassin. La mort subite de cet homme a été certainement causée par la fracture du crâne. Il ne sera pourtant pas sans intérêt de décrire celle du bassin et de discuter les symptômes et la marche qu'elle aurait pu présenter.

Ces observations, recueillies pendant l'espace d'une année seulement, ne suffisent pas évidemment pour faire une histoire complète de cette lésion. Mais en rappelant les cas, d'ailleurs assez rares, publiés dans les traités et les journaux de chirurgie, nous pourrons les comparer aux nôtres et dégager, de cette étude, quelques conclusions utiles.

Nous avons divisé notre travail de la manière suivante :

1° Observations;

2° Mécanisme de ces fractures, après exposé rapide de la constitution du bassin en général et de la crête iliaque en particulier;

3° Symptomatologie;

4° Complications;

5° Diagnostic;

6° Marche. Durée. Terminaison;

7° Traitement;

8° Conclusions.

Que Monsieur le professeur Auffret veuille bien accepter ici nos hommages avec nos remerciements pour les conseils qu'il nous a donnés spontanément pour la rédaction de ce travail.

Nous prierons également Monsieur le professeur Bouchard de vouloir bien croire à notre gratitude profonde pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DES

FRACTURES DE L'AILE DU BASSIN

I

Observations

OBSERVATION I

M. X..., élève de l'école navale *le Borda,* entre à l'hôpital le 17 novembre 1887.

M. X... faisait, à bord de la corvette *le Janus,* des exercices de voile, lorsque, dans une fausse manœuvre, il a été précipité à la mer de la vergue du grand hunier, c'est-à-dire d'une hauteur de 20 mètres environ. Le navire était en marche. M. X..., avant de tomber à la mer, a heurté la fargue d'un canot. Il n'a pas perdu connaissance et a regagné à la nage le traînard de la corvette, ramenant avec lui un matelot qui s'était jeté à la mer pour le sauver.

Toutefois il se plaint de douleurs vives à la hanche gauche. Il a d'ailleurs une plaie contuse du front et de nombreuses contusions.

M. X... est d'une taille au-dessus de la moyenne, vigoureux, à musculature puissante. Il se trouve un peu abattu à la suite du terrible accident dont il vient d'être victime.

La hanche gauche est le siège d'un gonflement considérable avec larges

ecchymoses. La pression au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure est très douloureuse. Par suite du gonflement et de l'épaisseur des muscles, on ne sent pas de crépitation ; il est même impossible de saisir l'épine iliaque.

Une palpation attentive donne pourtant la sensation d'une fêlure, d'un coup de hache, dont on ne peut déterminer l'étendue. La distance qui sépare les deux épines iliaques de la symphise pubienne est à peu près égale. Donc pas de déplacement.

Craignant d'autres lésions du bassin, on examine la branche horizontale du pubis et l'articulation sacro-iliaque. Rien de ce côté.

Une sonde en caoutchouc est facilement introduite dans la vessie et laisse écouler une petite quantité d'urines claires.

Les mouvements se font régulièrement, sauf au membre inférieur gauche. M. X... peut détacher le talon du plan du lit, au prix d'une douleur vive au niveau de l'épine iliaque.

On diagnostique une fracture de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et de la crête sur une certaine étendue.

M. X... est soumis à l'immobilisation et placé dans une gouttière de Bonnet. Sur la hanche, on place des compresses résolutives, maintenues par un bandage de corps peu serré.

La plaie du front n'a pas entamé le périoste. Les lèvres en sont réunies par du fil d'argent. Pansement antiseptique.

Régime léger. Lait. Potion calmante pour la nuit.

19 novembre : M. X... ne souffre pas, légère constipation.

Même traitement. Lavement de mélasse.

20 : Appétit excellent. La constipation persiste.

Eau de Sedlitz, 2 verres. Régime léger. Potion au sirop de morphine, 30 grammes.

21 : Bon appétit. Pas de douleur. La plaie du front marche rapidement vers la cicatrisation. Les diverses ecchymoses pâlissent. Le gonflement a beaucoup diminué au niveau de la crête iliaque. En saisissant l'épine entre le pouce et l'indicateur, on imprime à la crête un léger mouvement de va et vient et l'autre main perçoit nettement la crépitation. Les douleurs sont

réveillées par la pression. On peut suivre la fracture sur une étendue de 2 à 3 centimètres.

Il s'est formé une escarre, de la largeur d'une pièce d'un franc, un peu en arrière du siège de la fracture.

Nul trouble du côté des organes du bassin. Mais la constipation est opiniâtre.

Même régime. Eau de Sedlitz, 2 verres.

Lavement : Sulfate de soude, 40 gr.

Infusion de feuilles de séné, 15 gr.

Eau q. s.

L'escarre est pansée antiseptiquement.

Le 22 : 2 selles dans les 24 heures, à la suite du purgatif et du lavement.

Le 26 : Pas de selle depuis 36 heures. Lavement de mélasse.

Les 27, 28, 29 : Même lavement. La constipation cède.

La plaie du front est complètement cicatrisée. Les ecchymoses ont disparu. L'escarre de la hanche est guérie.

Pas de douleur au niveau de la fracture. Etat général excellent.

13 décembre : Ce matin, c'est-à-dire le 25e jour de l'accident, en examinant le blessé, on s'aperçoit que la crête iliaque a subi un déplacement sur une certaine étendue. Elle s'est inclinée en dedans et on sent, à n'en point douter, que la portion brisée a basculé comme autour d'une charnière. La distance entre l'épine iliaque et la symphyse pubienne est moindre de 15 millimètres du côté lésé que du côté sain.

M. X... ne s'en est pas aperçu.

Il y a tout lieu de croire que c'est pendant le sommeil, sous l'influence d'un mouvement inconscient, d'une contraction musculaire, que s'est effectué ce déplacement aussi étrange qu'inattendu, mais que la physiologie explique.

D'ailleurs, pas de gonflement, pas de douleur. La main peut suivre, d'avant en arrière, la fracture sur une étendue d'environ 5 centimètres. On peut sentir parfaitement la saillie de la cassure.

On recommande la plus grande immobilité à M. X...

Le fragment n'est pas redressé et du reste ne pouvait point l'être.

Les 14, 15, 16 : Etat excellent.

1er janvier : Angine et bronchite. On craint beaucoup que les efforts de toux n'aient une nouvelle influence fâcheuse sur la consolidation, en mettant plus ou moins en action les muscles qui s'insèrent sur la crête.

Gargarisme émollient. Potion au kermès et au sirop de tolu.

Le 5 : Plus de toux. M. X... demande à se lever. Mais, par prudence devenue nécessaire, quelques jours de repos au lit lui sont encore recommandés.

Le 11 : M. X... est enlevé de son appareil et marche sans douleur. Il existe de l'aplatissement, de l'affaissement même de la crête iliaque gauche. Mais point de déviation du membre inférieur.

Le 25 : M. X... demande à retourner à bord. Il est mis exeat dans un état excellent. On lui délivre un certificat, le dispensant pour quelques jours des exercices violents, de la mâture, du gymnase, etc.

Il a fait à l'hôpital un séjour de 69 jours.

Depuis cette époque, nous avons revu M. X... à plusieurs reprises. La guérison s'est maintenue et il n'éprouve pas la moindre gêne dans les divers efforts musculaires que réclame sa profession de marin.

OBSERVATION II

Quillévéré (Jacques), ouvrier calfat, travaillait seul, à l'arsenal, au tuyautage du grand martinet, le dimanche 23 juillet 1888. Il fit une chute de cinq à six mètres, dans un bassin, sur un amas de poutres.

Deux gendarmes de ronde l'y ont trouvé sans vie.

Autopsie. — Le cadavre est celui d'un homme vigoureux.

On remarque au niveau de l'apophyse orbitaire externe droite une plaie assez étendue. La lésion la plus sérieuse, chez notre sujet, est certainement celle de la base du crâne. Mais, bien qu'elle soit des plus intéressantes, nous la passerons sous silence pour arriver à la description de la fracture de la crête iliaque.

On constate, au niveau de la fosse iliaque externe du côté droit, la présence d'ecchymoses très foncées et de très large surface.

Le bassin est aplati de ce côté. La distance de l'épine iliaque à la symphyse pubienne est moindre de deux centimètres du côté droit que du côté gauche.

La déformation, la crépitation profonde, la mobilité de la crête ne laissent aucun doute sur l'existence d'une fracture.

A l'aide d'un lambeau quadrilatère, rabattu au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, on aborde cette épine, on détruit les insertions musculaires, et, saisissant la partie supérieure de l'aileron, à l'aide du davier de Farabœuf, on dégage un fragment très gros, appartenant à la crête et à la fosse iliaques, puis trois autres fragments plus petits, en arrière près du sacrum.

Le gros fragment est irrégulièrement triangulaire. Le sommet peut être réprésenté par l'épine iliaque ; le petit côté, formé par la crête, a huit centimètres de long. Le grand côté, qui gagne le milieu de la fosse iliaque, a neuf centimètres. Ce bord présente des dentelures nombreuses et se trouve parfaitement taillé en biseau aux dépens de sa face externe. La base, six centimètres, est légèrement oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Ce fragment a donc en moyenne une surface de 25 à 26 centimètres carrés.

Sur la base de ce fragment, il en existe trois autres. L'un, assez considérable, également triangulaire, a une étendue de 6 à 7 centimètres carrés. Son grand côté, 45 millimètres, correspond à la crête iliaque.

Les deux autres fragments, beaucoup plus petits, ont la forme de quadrilatères.

Donc nous avons un trait de fracture horizontal, s'étendant de la partie inférieure de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie postérieure des fosses iliaques, c'est-à-dire à l'endroit où l'os coxal s'épaissit brusquement pour former la facette auriculaire et l'épine postéro-supérieure.

Deux autres traits de fracture partent de la crête iliaque et tombent obliquement sur la ligne précédente.

Le foyer de la fracture est le siège d'une collection sanguine fort abondante. L'aponévrose du psoas est largement ouverte, ses fibres musculaires déchirées et contuses en beaucoup de points.

Pas d'épanchement dans le péritoine. La vessie et le canal sont intacts, les urines claires et en petite quantité.

OBSERVATION III

Gallais (Edouard), 15 ans, mousse à bord de l'*Austerlitz*, entre à l'hôpital le 3 février 1888.

Son billet d'hôpital porte la note suivante : « A fait une chute, dans laquelle la crête iliaque a porté directement sur le pont, le 28 janvier. Depuis ce jour, douleur vive au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

» Le 30 au soir : T. : 38,5.

» Les jours suivants, T. variant entre 38° et 39,5. Constipation contre laquelle les purgatifs ont d'abord échoué.

» 1er février : Une selle sous l'influence d'un lavement purgatif.

» Le 2 : A la suite d'un purgatif (sulfate de soude) suivi d'un lavement de sel de cuisine, 2 selles abondantes et liquides.

» Comme traitement local : onctions mercurielles et cataplasmes.

» La région iliaque est le siège d'un gonflement diffus. Pas de signe de péritonite localisée ».

Gallais est un garçon de taille moyenne, peu musclé, à tempérament lymphatique.

Ses antécédents sont pourtant irréprochables.

Etant de quart, la nuit du 28 janvier, il s'était étendu sur une petite table, haute d'un mètre environ. Pendant son sommeil, il a roulé de la table sur le pont. Tout le poids du corps a porté sur la hanche gauche.

Le blessé a, tout d'abord, été dirigé sur la salle destinée aux mousses de l'*Austerlitz*. C'est sur la feuille de clinique de cette salle que nous recueillons le début de l'opération.

A l'examen du blessé, on avait constaté les symptômes suivants : région iliaque gauche douloureuse au niveau de la partie antérieure de la crête. Gonflement et rougeur sur une certaine étendue. Légère mobilité de l'épine à la palpation. Pas de crépitation sensible. D'ailleurs vu l'état de la région, on évita de la tourmenter.

Le diagnostic de fracture de la crête iliaque est porté.

Le blessé est soumis à un régime fort léger. Onctions d'huile camphrée laudanisée sur la partie malade et bandage de corps très-peu serré.

Limonade citrique.

Les jours suivants, la fièvre continue bien que légère. T. M. 37°2 et T. S. 38°.

Application de cataplasmes très émollients.

18 février : La douleur persiste au niveau de la crête iliaque ; un peu de rougeur, pas de fluctuation. La présence d'un abcès ne peut être encore déclarée.

T. S., 38°, 5.

Le 19 : T. M. 37° 3; T. S. 38° 6.

Le 20 : T. M. 37° 5; T. S. 39°.

Le 21 : T. M. 37° 9.

Depuis hier, fièvre plus intense ; augmentation sensible du gonflement à la région iliaque gauche, sans œdème ni fluctuation appréciables en aucun point. La tuméfaction est diffuse autour de la fosse iliaque et elle dépasse même sensiblement la ligne blanche.

Le médecin, chargé du service, voyant la gravité du cas, présente le blessé à M. le professeur Auffret, qui juge une intervention urgente et qui, séance tenante, pratique une première incision parallèle à l'arcade crurale, à deux travers de doigt au-dessus d'elle et à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure et longue d'environ 5 centimètres.

Après incision de la peau et des couches musculaires, issue d'une grande quantité de pus (300 grammes environ).

L'indicateur, introduit par cette ouverture, permet de reconnaître le

siège de la fracture et d'extraire une esquille, qui n'est autre chose que l'épine iliaque elle-même.

Une contr'ouverture est pratiquée à son niveau et un drain passé.

Injection et pansement au sublimé.

Régime léger.

T. S. 37° 5.

22 février. : Le blessé a bien dormi. Une selle dans les vingt-quatre heures. Pas de douleur à la fosse iliaque.

Le pansement est souillé d'une légère suppuration rougeâtre. On injecte une solution étendue de sublimé.

Le doigt, introduit dans la plaie, donne la vague sensation d'une surface osseuse irrégulière, qui fait soupçonner la présence d'une nouvelle esquille.

Le drain est de nouveau mis en place.

Le 23 : Même pansement. Etat général fort satisfaisant.

25 juillet : Gallais, ayant atteint seize ans et par ce fait nommé novice, est évacué de la salle des mousses sur la salle 5, service de clinique chirurgicale.

Il existe deux trajets fistuleux, parallèles à l'arcade crurale et situés à deux travers de doigt au-dessus. Le stylet y pénètre profondément. Les deux trajets communiquent. Une injection poussée par un orifice sort par l'autre.

M. le médecin en chef Auffret, se prononce immédiatement en faveur d'une nouvelle intervention. Il se propose de faire une incision exploratrice au niveau de la partie antérieure de la crête, de mettre à nu le foyer de la fracture, d'enlever les esquilles et les portions nécrosées.

Une large incision de 6 centimètres est pratiquée. On arrive sur l'os coxal et on retire un séquestre de 5 centimètres de longueur, dépendant de la lèvre interne de la crête et couché parallèlement en dedans de celle-ci.

L'index, introduit dans la plaie, ne rencontre plus de corps étranger. On rugine légèrement. La plaie est lavée au sublimé; on en suture les extrémités au fil d'argent.

Pansement au sublimé.

6 août : On retire les fils d'argent. La plaie a bon aspect et suppure très peu.

25 août : La cicatrisation est complète. Le malade se lève, marche sans douleur et ne boîte nullement.

La pression au niveau du siège de la fracture ne détermine pas de douleur.

5 septembre : Gallais, complètement guéri, obtient un congé de convalescence de trois mois.

A la fin de son congé, nous avons revu notre blessé. La guérison s'est maintenue, et Gallais a pu reprendre définitivement son service qu'il accomplit désormais sans fatigue.

II

Mécanisme.

Le bassin, considéré dans son ensemble, constitue une véritable ceinture osseuse, interrompue en avant par la symphyse pubienne et en arrière de chaque côté, par les articulations sacro-iliaques.

Ces articulations, toutes diarthro-amphyarthroses, par la disposition du tissu spongieux sur chacune de leurs surfaces, sont destinées à amortir les chocs divers auxquels cette charpente est constamment exposée.

L'aile du bassin est épaisse, au terme de son développement. Elle se trouve formée de deux couches compactes et d'une couche spongieuse, comme tous les os plats.

La couche spongieuse forme presque la totalité de la crête iliaque ; mais à mesure que l'on s'avance vers le centre des fosses iliaques, on la voit diminuer d'épaisseur insensiblement de manière à faire place aux deux couches compactes, qui semblent s'y confondre.

La crête iliaque n'affecte pas chez l'homme la même disposition que chez la femme. Chez l'homme les ilions sont lourds, épais ; les apophyses sont très fortes et en rapport avec une musculature puissante.

Chez la femme, la crête iliaque est déjetée en dehors. L'épine iliaque antéro-supérieure est saillante et peu épaisse. Les fosses sont transparentes et quelquefois perforées. La femme, d'après la constitution de son bassin, paraît donc plus prédisposée que

l'homme aux fractures de la crête. Il n'en est rien, vu ses genres d'occupations.

La fracture de l'aile du bassin est toujours une fracture par cause directe. C'est un traumatisme plus ou moins violent (choc, chute), qui fait éclater et basculer la crête iliaque.

Duverney et Malgaigne, puis les chirurgiens qui les suivent admettent qu'un traumatisme, agissant sur la crête iliaque, peut déterminer indifféremment une fracture de cette crête ou une double fracture verticale du bassin.

En 1876, Féré, en publiant le résultat de ses expériences, a singulièrement éclairé cette question.

Le point d'application de la force est bien le même dans les deux cas ; mais il a établi que la direction de cette force est variable. Les chocs peuvent être portés suivant trois directions par rapport à l'axe vertical du corps. Ils peuvent être dirigés soit obliquement de haut en bas, soit transversalement, soit obliquement de bas en haut.

Des expériences de Féré, il résulte que ces chocs déterminent des lésions diverses dans les trois cas.

Premier cas. — Le choc obliquement dirigé de haut en bas détermine une lésion qui n'a pas été observée en clinique. Elle se fait par pénétration des fragments lorsqu'on la produit avec le maillet. Des trois observations que nous avons citées, nulle ne se rapporte à cette cause.

Deuxième cas. — Si la violence est, au contraire, dirigée obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, c'est-à-dire dans une direction à peu près perpendiculaire à la fosse iliaque externe, elle détermine la lésion, connue depuis Duverney sous le nom de *Fracture en travers de l'os des îles*. Elle détache un fragment plus ou moins considérable de la partie antéro-supérieure de l'ilion. Les deux lames compactes sont rarement rompues au même niveau. Le plus souvent c'est la lame externe qui, subis-

sant la première l'effet du redressement, a cédé la première et s'est brisée plus haut que l'interne. Le fragment mobile est donc taillé en biseau aux dépens de sa face externe.

Féré cite, à l'appui de ses expériences, deux faits cliniques :

Un homme tombe de douze pieds de haut. Il reste debout, mais à la fin de la chute, la crête iliaque gauche heurte violemment une borne. Il y eut fracture de la crête iliaque. Cas signalé par Guérétin en 1837.

Une femme de quarante-cinq ans est renversée par une voiture. Une des roues passe sur le bassin en se dirigeant de bas en haut et d'arrière en avant par rapport à l'axe vertical du corps. La hanche droite portait sur le pavé : la crête iliaque gauche est brisée. Cas cité par Alphonse Guérin. Hôtel-Dieu, 1876.

Les fractures que nous avons signalées (obs. I, II et III), se rapportent, à notre sens, à la même cause.

M. X..., (obs. I), vu la hauteur de la chute, ne peut dire dans quelle position il a heurté le bord du canot. Mais l'ecchymose qui siège à quelques centimètres en arrière de l'épine iliaque suffit pour nous mettre sur la voie. La partie postérieure du bassin s'est présentée la première et la crête iliaque, en heurtant obliquement le bord du canot, n'a pu résister et a cédé sous le choc.

Dans l'obs. II (autopsie du sieur Quillévéré), les ecchymoses siégeant au niveau de la fosse iliaque externe, la disposition des arêtes des poutres sur lesquelles il est tombé, nous offrent le même mécanisme.

Le cas cité dans l'obs. III est d'une interprétation plus difficile, d'autant plus que Féré affirme n'avoir jamais pu déterminer expérimentalement une fracture du bassin en faisant tomber des cadavres sur une surface unie. Dans ces conditions, dit-il, le choc porte en même temps sur d'autres parties que sur la crête iliaque et son effet devient nul.

Le mousse Gallais est cependant tombé de la hauteur d'un

mètre seulement. La hanche a porté sur la surface unie du pont et pourtant nous avons eu une fracture de la crête iliaque.

Quelques considérations suffisent, il nous semble, à éclairer le mécanisme de cette fracture.

Remarquons, en effet, que Gallais est un garçon maigre, peu musclé, lymphatique. Chez lui les crêtes iliaques sont saillantes, peu épaisses, surtout les épines antéro-supérieures.

L'examen du mode d'ossification de l'os iliaque nous éclaire également.

Nous savons en effet qu'il y a dans cet os trois points primitifs d'ossification ; un pour l'ilion proprement dit, un pour le pubis et un pour l'ischion.

Mais en dehors de ces points primitifs, nous constatons des points complémentaires, entr'autres un très important, celui de la crête iliaque. Ce point complémentaire porte le nom d'épiphyse marginale.

C'est aux dépens du cartilage compris entre ce point complémentaire et les points primitifs que l'os s'étend en largeur, et ce n'est qu'à l'âge de seize ou dix-sept ans que ce cartilage est complètement ossifié. A cette époque, la crête iliaque a acquis toute son étendue superficielle ; mais elle continue à augmenter d'épaisseur grâce au périoste qui la développe par sa face profonde.

Gallais, au moment de l'accident, n'avait que quinze ans ; il existait encore chez lui du tissu cartilagineux en voie d'ossification. La crête iliaque saillante, recouverte uniquement par la peau, était fort peu épaisse. Toutes circonstances qui ont singulièrement favorisé le traumatisme.

Troisième cas. — Quand un traumatisme agit transversalement sur la crête iliaque, il détermine, d'après Féré, la double fracture verticale de Malgaigne ou des désordres qui s'en rapprochent. Comme notre travail se limite à l'étude des fractures de

l'aile du bassin, nous ne nous étendrons pas sur les fractures verticales.

En dehors du traumatisme il existe encore une cause de fracture de l'aile du bassin, c'est la contraction musculaire. Elle est des plus rares. Le cas cité par Hamilton est des plus intéressants. Il dit avoir vu un fragment de l'ilion mesurant sept centimètres et demi, et comprenant l'épine iliaque antéro-supérieure, détaché de l'os par l'action musculaire. Le blessé, âgé de soixante-dix ans, venait de faire en tramway une course d'une demi-heure, lorsqu'en se levant pour quitter sa place, il éprouva quelque chose d'atroce dans l'aine.

Riedinger attribue à l'action musculaire un rôle prépondérant dans le mécanisme des fractures transversales du bassin. Nous sommes loin d'être de son avis, si nous nous reportons aux expériences concluantes de Féré et aux cas frappants que nous avons eu l'avantage d'observer nous-même en clinique.

Terminons cette étude mécanique par une dernière remarque. La fracture de la crête iliaque, qui résulte évidemment d'un choc sur cette partie, peut-elle coïncider avec la fracture du pubis?

Cela est pour ainsi dire impossible : l'une de ces fractures en effet exclut l'autre, à moins d'écrasement complet du bassin. Une crête iliaque fracturée ne pourrait transmettre un choc ou une pression quelconque à la ceinture pelvienne dont elle se trouverait détachée.

III

Symptomatologie.

Les symptômes que présentent les fractures de l'aile du bassin sont assez nombreux et généralement faciles à reconnaître. Nous constaterons :

1° *La douleur.* — Elle existe toujours, s'exagère par la moindre pression et à l'occasion des mouvements que le blessé veut faire exécuter à sa cuisse.

2° *Contusion, ecchymoses, gonflement.* — Trois symptômes qui coexistent généralement et qui affectent une intensité plus ou moins grande, selon la violence du traumatisme. Il nous offrent peu de valeur. Parfois même le gonflement de la région rend la crête inabordable et constitue un obstacle sérieux pour le diagnostic.

3° *Mobilité anormale et crépitation.* — La mobilité de la crête est un symptôme très important et suffit à elle seule pour affirmer le diagnostic.

En saisissant l'épine iliaque antéro-supérieure entre le pouce et l'indicateur, on peut imprimer au fragment détaché un mouvement de va et vient, un vrai mouvement de bascule, en même temps que l'autre main, palpant le siège probable de la fracture, perçoit la crépitation et reconnaît le trajet et même l'étendue de la lésion.

Cette mobilité anormale peut ne pas exister même dans le cas de fractures très étendues, si ces fractures ne sont pas complètes, si le fragment est solidement rattaché au reste de l'os par un point quelconque.

La crépitation est rarement perçue au début à cause du gonflement considérable qui survient.

4° *Déformation de la région.* — La crête iliaque fracturée peut conserver ses rapports ou subir des déplacements variés.

Dans le cas de fracture profonde, les fragments gardent parfois leur rapport (cas de Duverney).

Lorsqu'il se produit un déplacement, il se fait généralement en dedans, c'est-à-dire dans la direction même de la force qui détermine le traumatisme.

Mais que la fracture soit limitée, qu'il se produise un éclat dans la continuité de la crête, le fragment détaché suivra naturellement la direction des fibres musculaires ou aponévrotiques qui en partent. Supposons l'épine antéro-supérieure brisée et complètement détachée. Elle peut rester en place comme dans l'observation III, ou bien elle est attirée en bas par le couturier et le tenseur du *fascia lata.*

Si la crête iliaque est détachée sur une vaste étendue, le déplacement se fera en dedans à cause de la prépondérance des muscles abdominaux sur les fessiers.

Un éclat existe-t-il sur le trajet de la crête ? Il peut suivre différentes directions. Ainsi Sanson a eu l'occasion de constater un déplacement fort curieux. Le fragment remontait jusqu'à la base de la poitrine. Le malade guérit tout de même malgré cette difformité.

Le déplacement se constate généralement *de visu.* Mais pour se rendre mieux compte de l'aplatissement du bassin, on peut se servir du ruban métrique et prendre comme points de repère la symphyse pubienne et les deux épines iliaques antéro-supérieures.

C'est de la sorte que, dans l'observation I, nous avons trouvé du côté de la lésion un aplatissement de un centimètre et demi, et dans l'observation III un aplatissement de deux centimètres.

IV

Complications.

Les complications qui surviennent dans les fractures dont nous nous occupons sont assez fréquentes et de natures diverses. Signalons la mortification des téguments, la formation d'escarres étendues et difficiles à guérir.

Puis viennent les déplacements accidentels des fragments sous l'influence des contractions musculaires, déplacements qui entravent singulièrement la guérison (obs. I).

Mais une complication des plus sérieuses et assez fréquente est la suppuration du foyer de la fracture et le phlegmon de la région iliaque (voir obs. III). La crête étant brisée, il se forme un épanchement sanguin dans la fosse iliaque. Le fragment enfoncé contusionne et déchire les fibres du psoas. Ajoutons à cela que ce muscle est constitué de fibres délicates et entouré d'une atmosphère graisseuse fort disposée à l'inflammation (exemple : périty-phlite). La formation de la collection purulente se manifeste toujours par une élévation de température, par un gonflement diffus, œdémateux et douloureux de la région iliaque.

En dehors du cas de l'observation III, nous tenons de M. le professeur Auffret une communication verbale des plus intéressantes. Il traite depuis deux mois environ, un homme de 27 ans qui, étant au lycée, il y a une quinzaine d'années, fit une chute au gymnase.

Le diagnostic de fracture du bassin n'a pas été posé par les chirurgiens qui l'ont traité antérieurement.

Le blessé raconte qu'au moment de l'accident il ressentit une douleur vive et profonde du bassin, douleur qui a longtemps persisté et revint toujours par accès. Il y a eu suppuration interminable avec abcès multiples à répétition venant s'ouvrir simultanément ou successivement dans les lombes, au périnée, à travers la paroi abdominale ou en arrière à la partie postéro-supérieure de la cuisse, au-dessous du pli fessier.

Le drainage profond, les lavages antiseptiques, n'ont donné que des bénéfices momentanés. A peine une fistule était comblée d'un côté qu'un abcès se déclarait de l'autre. M. le professeur Auffret, tout en réservant son diagnostic, est fort disposé à croire que son malade a été primitivement atteint d'une fracture profonde de l'aileron gauche du bassin, avec propagation d'un côté vers l'articulation sacro-iliaque, de l'autre à l'articulation de la hanche. De nombreux trajets fistuleux labourent la paroi abdominale, la face interne et la partie postéro-supérieure des cuisses, le triangle ischio-rectal. Le pus formé au siège de la fracture aurait fusé dans ces diverses parties, comme dans le mal de Pott. Le malade est dans une cachexie profonde, sans tuberculose pulmonaire. Les articulations coxo-fémorales sont ankylosées, soit que l'inflammation les ait gagnées à un moment donné, soit qu'un repos aussi prolongé ait eu une large part dans la formation de leur ankylose.

Sans pouvoir rapporter ici cette observation *in extenso,* puisque la fracture n'a pas été démontrée, nous avons pensé toutefois qu'il ne serait pas indifférent d'y faire allusion et nous pensons que l'on peut attribuer à une fracture les accidents formidables que ce jeune homme a présentés depuis bientôt 15 ans.

Enfin citons un autre cas de suppuration : le cas de Duverney, qui fut mortel. C'était chez un blessé de l'Hôtel-Dieu. Les urines se supprimèrent quelque temps après l'accident. La fosse iliaque interne et la cuisse devinrent le siège d'un gonflement douloureux. Le blessé ne pouvait remuer son membre, à un tel point que l'on

crut à une luxation de la hanche. Il mourut le quatorzième jour de sa chute. A l'autopsie, l'on trouva le bassin plein de pus, le muscle iliaque déchiré et l'os des îles fracturé en travers sans que les pièces eussent changé de place. Voilà donc trois cas compliqués de suppuration.

Premier cas (Observation III). — Phlegmon de la fosse iliaque, ouvert à temps, suivi d'éliminations d'esquilles, et définitivement guéri par de larges incisions et le grattage.

Deuxième cas (Communication verbale de M. Auffret). — Phlegmon probablement causé par une fracture de l'aile du bassin et donnant lieu à des accidents chroniques de suppuration, à des trajets fistuleux intarissables.

Troisième cas (Duverney). — Phlegmon de la fosse iliaque, où le pus, n'ayant pu se faire une issue, a déterminé l'infection purulente.

Dans l'observation II, si le blessé avait survécu, vu les dégâts du côté de l'os et des tissus voisins, vu l'épanchement sanguin considérable, une suppuration était certaine, et peut-être qu'un traitement énergique eût évité une issue fatale.

Comme autres complications, Gosselin cite un cas où le blessé ressentit une douleur vive sur le trajet du nerf crural, comme si le tronc de ce nerf avait été pincé ou déchiré. Le traumatisme peut aller plus loin : les fragments peuvent perforer le muscle iliaque et ouvrir le péritoine, d'où péritonite. La perforation des viscères est fort rare et dépend en grande partie de leur état de vacuité ou de réplétion au moment de l'accident :

En effet, supposons que la vessie soit pleine. Elle remplit l'excavation du petit bassin et dépasse même le détroit supérieur. Elle ne peut fuir devant des corps qui la comprimeraient violemment. Cette considération a son importance.

Hamilton signale le cas d'un individu qui fut écrasé sous un bloc de pierre. Les deux ailes du bassin furent fracturées commi-

nutivement et la veine iliaque droite déchirée. Il succomba en quelques heures.

H. Owen Lucas cite deux cas analogues et Lente un cas de perforation de l'intestin grêle.

Une dernière complication du côté des viscères, qui, sans être terrible, cause pas mal d'ennuis, est la constipation qui accompagne presque toujours les fractures de l'aile gauche du bassin.

Dupuytren a été le premier chirurgien à remarquer ce phénomène, qui n'a pas fait défaut dans nos observations I et III.

On a attribué cette constipation à une lésion de l'S iliaque : nous n'en avons aucune preuve certaine; dans l'autopsie du sieur Quillévéré, où les lésions étaient très étendues et graves, nous avons trouvé l'intestin absolument sain.

Il se peut que l'inflammation, qui survient autour du foyer de la fracture, se communique par voisinage au côlon et détermine, de la sorte, de la constipation : mais, pour nous, cet arrêt des matières fécales est, pour une grande part, sous la dépendance du décubitus dorsal et du repos prolongé.

Notre opinion se trouve basée sur les considérations suivantes :

Il nous semble que, dans une fracture de l'aile du bassin, un épanchement sanguin, une contusion du psoas-iliaque peuvent déterminer une inflammation du tissu cellulaire environnant. Et, puisque l'inflammation du côlon, la typhlite, est ordinairement le point de départ de la périty phlite, nous pouvons admettre que le processus irritatif peut marcher en sens inverse dans le cas qui nous occupe. L'inflammation du tissu cellulaire péricolique retentirait sur l'S iliaque et déterminerait ainsi une constipation plus ou moins prononcée.

Dans le cas de déplacement interne de l'aileron du bassin, se peut-il que l'S iliaque soit comprimée et fasse obstacle au passage des matières fécales?

Quant à l'influence du repos et du décubitus dorsal prolongé, elle est indiscutable.

V

Diagnostic.

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur le diagnostic, dont l'étude se confond du reste avec la symptomatologie.

Quelquefois il s'impose à l'observateur. C'est ce qui est arrivé dans notre observation I.

D'autres fois on est mis sur la voie par l'étude des signes rationnels ; quelquefois enfin, la fracture peut rester ignorée ou est tout au plus soupçonnée.

Pour l'examen du blessé on conseille généralement de relâcher le muscle psoas-iliaque en fléchissant la cuisse sur l'abdomen ; et Monteggia cite un cas où le diagnostic était impossible dans l'extension de la cuisse, tandis que dans la flexion on percevait facilement la mobilité et la crépitation, qu'on se gardera bien du reste de vouloir constater quand même, pour satisfaire une vaine curiosité.

Lorsque la fracture est incomplète, c'est-à-dire lorsque la crête fracturée est rattachée solidement par un point quelconque au corps de l'os, le diagnostic est fort difficile au début, mais, le gonflement disparu, on pourra généralement par une palpation attentive sentir la cassure au niveau de la crête, et l'on se gardera plus que jamais de mobiliser le fragment pour affirmer son diagnostic.

La fracture profonde de l'aile du bassin, compliquée de phlegmon de la fosse iliaque (cas de Duverney) a été prise pour une luxation de la hanche.

Cette erreur nous paraîtra impossible, aujourd'hui que nous

avons le thermomètre. De plus nous n'avons pas dans cette fracture le raccourcissement du membre et la déviation du pied que nous observons généralement dans les luxations de la hanche.

La double fracture verticale du bassin, qui reconnaît généralement les mêmes causes, sera dévoilée facilement par le toucher rectal et la palpation de la branche horizontale du pubis.

VI

Pronostic. Marche. Terminaison.

Le pronostic des fractures de l'aile du bassin est bénin, si l'on excepte les cas, fort rares d'ailleurs, de complications viscérales.

Dans les fractures simples, le blessé guérit généralement du 25e au 40e jour, avec ou sans déformation, selon que la réduction des fragments a pu être maintenue ou non. En général, la déformation, lorsqu'elle existe, est peu perceptible et ne gêne nullement les fonctions.

Malgaigne ne reconnaissait qu'un seul cas de fracture de la crête terminé par la mort : c'est celui de Duverney, où la suppuration énorme, qui remplissait le bassin, emporta le blessé vers le 14e jour.

Nos deux blessés (Obs. I et III) sont sortis de l'hôpital très bien guéris.

M. X..., avec une déformation à peine visible, le mousse Gallais, avec des cicatrices, tous les deux n'éprouvant aucune gêne dans les mouvements, capables de reprendre leur service.

M. X... a fait un séjour de plus de deux mois à l'hôpital, à cause du fâcheux déplacement qui s'est produit le vingt-cinquième jour, et de la grande prudence qui s'imposait, par suite, au chirurgien.

Lorsqu'il y a complication de phlegmon, le pronostic change évidemment; mais il devient moins sombre si l'on intervient de bonne heure pour donner issue à la collection purulente.

Dans la suite, on se trouve en présence d'une suppuration

fort longue et difficile à tarir. Nous verrons dans le chapitre suivant les moyens d'y remédier et d'en abréger la cure.

Quand il n'y a pas de désordre du côté des viscères, une fracture comminutive ou une fracture exposée à l'air ne sont pas souvent bien graves.

« M. Lachèse, d'Angers, en a fourni un exemple fort remarquable. Un ouvrier, au fond d'une carrière, avait eu la partie supérieure et externe de la région iliaque droite écrasée par la chute d'une tonne; et, à travers la déchirure des téguments, on sentait l'os brisé comminutivement avec un grand nombre d'esquilles mobiles. On en retira une douzaine, on fit les incisions nécessaires, une péritonite imminente fut conjurée par les saignées, et enfin, après plusieurs mois de soins, le blessé fut complètement guéri, sauf un peu de gêne dans sa marche. » (Malgaigne.)

Nous aurions pu compter sur un résultat analogue dans l'observation II.

Signalons enfin une terminaison fâcheuse de ces fractures chez la femme. Les déplacements osseux peuvent déterminer, chez elle, un rétrécissement du bassin dont les conséquences peuvent devenir graves dans la grossesse.

VII

Traitement

Nous diviserons ce paragraphe en deux parties :

A). Traitement dans les fractures simples.

B). Traitement dans les fractures graves ou compliquées.

A). Traitement dans les fractures simples.

Existe-t-il un déplacement ? La réduction sera tentée, mais il ne sera pas toujours facile de la maintenir. Supposons le fragment attiré en bas par le couturier et le tenseur du *fascia lata;* on essaiera de le saisir et de le réduire; mais la coaptation s'effectuera difficilement à cause du tiraillement exercé par les muscles.

Dans tous les cas, qu'il y ait déplacement ou non, que la réduction se maintienne ou non, il faudra faire éviter les efforts au blessé et lui recommander le repos le plus absolu. C'est d'ailleurs le meilleur moyen pour écarter la douleur et l'inflammation des parties lésées.

Duverney conseillait le repos au lit et enveloppait le bassin d'une peau de mouton.

Layard, dans un cas de déplacement notable, fit serrer par deux aides, au moyen d'une serviette, la partie supérieure du ventre, tandis qu'un autre aide pressait également sur le ventre du côté sain, pour refouler les viscères contre le fragment penché en dedans et le remettre ainsi en place. Après quoi, il maintint la

striction de la serviette en gardant le malade au lit trois semaines. La guérison fut complète.

Hamilton recommande de réduire la fracture autant que possible, puis de placer le blessé sur le dos avec les cuisses relevées et maintenues par des oreillers. C'est d'après cet auteur, une position fort commode.

Monteggia voulait que la cuisse soit en extension, Böttcher en flexion. Nous adopterons celle de ces positions qui conviendra le mieux à la contention des fragments, et nul appareil ne vaut à cet égard la gouttière de Bonnet.

Nous nous en sommes servi pour nos deux blessés; les cuisses étaient légèrement fléchies. Nous avons recommandé d'éviter les moindres efforts, même pour aller à la garde-robe et comme la constipation peut les nécessiter, il faudra donner, les premiers jours, des laxatifs; si elle persiste, on aura recours aux purgatifs salins et aux lavements de séné et de sulfate de soude. On en triomphera ainsi généralement.

L'appareil à fractures de notre regretté maître, le docteur Cras, consistant en deux cadres superposés, dont le supérieur peut être soulevé à l'aide d'un treuil, permet au malade d'aller à la selle, sans le moindre effort.

Il peut donc être employé avec avantage dans les fractures dont nous nous occupons (Voir thèse de Paris, docteur Leblanc, 1885).

Faut-il se servir d'un bandage de corps ?

Il était recommandé par les anciens chirurgiens.

Hamilton affirme qu'il est non seulement inutile, mais encore nuisible; car il a pour effet de refouler en dedans les fragments en créant un déplacement qui pourrait autrement ne pas se produire.

Le bandage de corps dont nous nous sommes servi (Obs. I et III) était très peu serré et constituait uniquement un moyen d'appliquer des topiques au niveau de la fracture.

Dans l'observation I, il avait pour but de fixer les compresses résolutives, puis les plumasseaux trempés dans une solution phéniquée et saupoudrés de poudre de quinquina et de charbon; dans l'observation III, de maintenir les émollients et les pansements antiseptiques.

Dans les fractures simples, la guérison s'obtient du 25e au 40e jour. Mais lorsqu'on sort le blessé de son appareil, il est toujours prudent d'appliquer un bandage silicaté ou plâtré pour mettre le bassin à l'abri des violences extérieures; quelquefois le bandage plâtré pourra répondre à toutes les exigences de la situation.

B). **Traitement dans les fractures graves ou compliquées.**

Si le traumatisme a violemment contusionné les téguments, il se forme des escarres, qui seront traitées par des pansements antiseptiques et saupoudrées de poudre de Kina et de charbon. Leur guérison est, en général, assez rapide.

« Quand la fracture est comminutive ou bien encore qu'elle est » exposée à l'air, il faut ouvrir largement et enlever les esquilles » aussi complètement que possible. Si l'on ne peut découvrir tous » les fragments détachés, il faut laisser la plaie ouverte, de » manière à faciliter leur issue spontanée quand la suppuration » sera établie. » (Hamilton.)

C'est la conduite que nous aurions eu à suivre dans l'observation II, si le blessé avait survécu à sa fracture du crâne; c'est celle qui a été suivie dans l'observation III.

Si la fracture de l'aile du bassin vient à se compliquer de phlegmon de la fosse iliaque, il faut agir énergiquement, surveiller la température, appliquer *loco dolenti*, des cataplasmes émollients, administrer un purgatif et des lavements pour décongestionner le bassin.

Si la température se maintient à un degré assez élevé, si la région iliaque devient le siège d'un gonflement douloureux et d'une rougeur diffuse, nous n'attendrons pas pour agir que la fluctuation soit manifeste.

Nous inciserons largement les téguments et les fibres aponévrotiques, puis avec la sonde cannelée ou mieux avec le doigt, préalablement plongé dans une solution antiseptique, nous pénètrerons jusqu'à la collection purulente, qui se videra sous nos yeux. Nous nous rendrons compte de la fracture avec ce doigt. S'il y a des esquilles comme dans l'observation III, nous les extirperons avec des pinces conduites sur l'index gauche jusqu'au siège de la fracture.

Nous ferons une deuxième incision pour permettre de passer un drain de part en part et assainir, de la sorte, à l'aide des antiseptiques, le foyer de suppuration.

Si les pansements répétés et rigoureusement antiseptiques ne parviennent pas à supprimer cette suppuration, on devra se décider à une intervention radicale. On mettra à nu le foyer de la fracture; avec la gouge et le maillet, on détruira les portions d'os nécrosées. S'il s'est développé des fongosités, ruginer ou brûler au thermo-cautère. On obtiendra, de la sorte, une plaie de bonne nature, qui ne tardera pas à guérir par nos pansements actuels. (Voir observation III.)

Dans le cas de phlegmon, signalé par Duverney, la mort arriva faute d'intervention.

Chez le troisième malade de M. le professeur Auffret, le pus s'est creusé un chemin de tous côtés et c'est à ces fusées purulentes et bien drainées, ouvertes à temps, que le malade doit la vie.

En toutes circonstances il faudra soutenir l'état général du malade par les toniques et une alimentation généreuse, tout en

assainissant les fistules par le drainage et les irrigations antiseptiques.

Dans le cas où le blessé ressentirait une vive douleur sur le trajet du nerf crural, nous conseillerions momentanément les injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne ou de morphine (*loco dolenti*); mais n'en point abuser.

Si la fracture de l'aile est compliquée de perforations viscérales, dans le cas d'écrasement du bassin, le pronostic est fort grave et le traitement de peu de valeur.

CONCLUSIONS

De cette étude nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

1° Les fractures de la crête iliaque ne sont pas rares, surtout dans nos ports de guerre où les traumatismes sont fréquents (chutes de très haut sur le côté, chocs, compressions violentes, etc,..).

2° Elles se produisent par cause directe, la force agissant sur la crête de bas en haut et de dehors en dedans.

3° Féré, dans ses expériences sur le cadavre, n'a jamais pu obtenir ces fractures par des chutes sur un plan uni. Notre fait clinique de l'observation III nous autorise à les admettre chez un sujet lymphatique, dont les crêtes iliaques sont saillantes et l'ossification imparfaitement terminée. Même remarque pour les vieillards amaigris, dont les os sont si friables.

4° Dans les fractures simples, exiger une immobilisation rigoureuse, donner des laxatifs pour éviter la constipation et diminuer la contraction des muscles abdominaux. Rejeter le bandage de corps comme moyen de contention. Lorsque la fracture est consolidée, il est prudent d'appliquer un bandage silicaté pour protéger le bassin contre les violences extérieures.

5° Si la fracture se complique de phlegmon de la fosse iliaque, se hâter d'ouvrir largement les tissus, aller avec le doigt aseptique reconnaître la fracture, enlever les esquilles, puis laver et assainir par le drainage et les irrigations antiseptiques.

6° Si l'on est en présence d'une fracture profonde, donnant lieu à des fusées purulentes, comparables à celles que l'on observe dans le mal de Pott, ouvrir les collections de bonne heure, drainer, laver, relever l'état général du blessé par des toniques et une alimentation substantielle.

7° La constipation, si fréquente dans les fractures de l'aile gauche, nous paraît être en partie sous la dépendance du décubitus dorsal prolongé et peut-être due à une influence de voisinage sur l'intestin, mais elle est due surtout à ce que le blessé évite de contracter les muscles abdominaux par crainte de la douleur que déterminerait le frottement des surfaces osseuses brisées.

8° La gravité des lésions n'est pas toujours en rapport avec la violence du traumatisme, si l'on compare les observations I et III. — En général le pronostic est bénin, à moins qu'à la suite d'un phlegmon de la fosse iliaque des accidents de thrombose ou encore des intoxications septiques ne surviennent; ces accidents sont, il est vrai, paraît-il assez rares; leur production n'en reste pas moins possible toujours. Aussi, si dans les cas simples la guérison bien que longue à obtenir soit le plus souvent la règle, le chirurgien devra-t-il toujours rester en éveil sur les complications que nous venons de signaler.

Vu : *le Doyen*,
A. PITRES.

Vu, bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr A. BOUCHARD.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 2 avril 1889.
Le Recteur,
H. OUVRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

MALGAIGNE. — Traité des fractures.

GOSSELIN. — Encyclopédie chirurgicale, t. IV.

DUVERNEY. — Traité des maladies des os.

PETIT. — Traité des maladies des os.

HAMILTON. — Traité pratique des fractures et des luxations (Traduction Poinsot).

FÉRÉ. — *Progrès médical* (1876-78).

LENTE. — *New-York journ. of med.* (1851).

13,301. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.